Aus der psychiatrischen Universitätsklinik Waldau-Bern
(Direktion: Prof. J. Klaesi)

Die freien Kolonien

(Gemeinschaftstherapie)

Inauguraldissertation

zur Erlangung der Würde eines Doctor medicinæ
der Universität Bern

vorgelegt von

Béla Neubauer
aus Krems a. d. Donau

Druckerei Wehrlin & Cie. Bern 1940

Aus der psychiatrischen Universitätsklinik Waldau-Bern
(Direktion: Prof. J. Klaesi)

Die freien Kolonien

(Gemeinschaftstherapie)

Inauguraldissertation

zur Erlangung der Würde eines Doctor medicinæ
der Universität Bern

vorgelegt von

Béla Neubauer
aus Krems a. d. Donau

Druckerei Wehrlin & Cie. Bern 1940

Auf Antrag des Herrn Prof. Dr. J. Klaesi von der medizinischen Fakultät zum Druck als Dissertation genehmigt.

Bern, den 24. Juli 1940.

Der Dekan der Medizinischen Fakultät:

Prof. Dr. J. Klaesi

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

Meinem verehrten Lehrer, Herrn Dekan Prof. J. Klaesi,
danke ich für seine Anregungen und Beratungen
bei der Ausführung vorliegender Arbeit.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547625_0086

DIE FREIEN KOLONIEN

(Die Gemeinschaftstherapie)

Einführung

Bekanntlich hat schon der große französische Psychiater Pinel, der zur Zeit der französischen Revolution die Geisteskranken von den Ketten befreit hat, geschrieben: „In allen wohleingerichteten, modernen Anstalten sollte es ein unverletzliches Gesetz sein, dem Irrsinnigen alle Freiheit in so großer Ausdehnung zu gestatten, als es die Klugheit erlaubt." Schritt für Schritt ist man denn auch in der Folgezeit von den körperlichen Zwangmitteln, den Isolierzellen, den kasernenartigen Höfen abgekommen und an deren Stelle wurden Bettruhe, Dauerbäder, Wachsäle, Beschäftigungsmöglichkeiten, Werkstätten und landwirtschaftliche Betriebe eingeführt, aber bis zur Erkenntnis Bleulers, daß die Anstaltsbehandlung der Schizophrenen ein Uebel sei, und daß es umso besser wäre, je mehr man sie vermeiden könnte, war doch noch ein sehr langer Weg. Einmal so weit, waren die Versuche mit der sogenannten Familienpflege, d. h. der Unterbringung beruhigter und gebesserter Geisteskranker in besonders ausgewählten und für ihre Aufgabe speziell geschulten Pflegefamilien auf dem Lande und dann mit der „offenen" Fürsorge nach Kolb, d. h. der Betreuung der in das Erwerbsleben zurückgeführten Kranken gegeben.

So kommt denn auch die Familienpflege, das heißt die Unterbringung von Kranken gegen Vergütung bei Familien, die man kennt, und die dafür ausgesucht wurden, als konsequente Ausführung dieser Anschauung hinzu. In großem Maßstabe wurden die ersten Versuche mit der Familienpflege in den belgischen Dörfern *Gheel* und *Lierneux,* auf die wir noch zurückkommen werden, gemacht. Hand in Hand mit solchen Versorgungsformen ging die Einführung der Arbeitstherapie und Charaktererziehung, „aktivere Krankenbehandlung", wie Simon dies in seinem berühmt gewordenen Buche nennt, das für Deutschland als erstes von den damit errungenen Erfolgen berichtet. Simon selbst will zwar von einem „Gütersloher System", wie es bald zum Schlagwort wurde, nichts wissen und weist ausdrücklich auf die nahe Gedankenverwandtschaft seiner Anschauungen und Formulierungen

mit der Zürcher Schule, insbesondere mit Bleuler und Klaesi hin, aber trotzdem ist es sein gewaltiges Verdienst, wenigstens in Deutschland und in einem sehr großen Teil des übrigen Auslands bahnbrechend gewirkt und dem zum allgemeinen Durchbruch verholfen zu haben, was in der Schweiz längst angebahnt und vielfach ganz im Stil Gütersloh durchgeführt war.

In zwei geschichtlichen Abhandlungen: „Historique de la clinique psychiatrique de l'université de Lausanne" und „L'évolution du prognostique et de la thérapeutique de la schizophrenie" weist M. Steck mit den folgenden Worten auf diese Tatsachen hin: „La psychiatrie suisse a le grand mérite d'avoir toujours été à la tête du mouvement thérapeutique . . . depuis quelques années nous est venue d'Allemagne . . . une prétendue nouvelle méthode d'occupation et de rééducation des aliénés, spécialement de la schizophrenie. Elle a été pabtisée la méthode Simon ou la méthode de Gütersloh. Elle est à mon avis . . . une réédition peut-être améliorée de la méthode Schiller-Preisig."

Aber die therapeutische Grundforderung ist heute die nach Angleichung der Kranken an normalpsychische Bedingungen, unter denen die Arbeit wohl eine erste Stelle einnimmt, aber eine unter vielen, nicht die einzige. Auf was es noch ankommt, erhellen mit besonders eindrücklicher Deutlichkeit folgende von Klaesi stammende Feststellungen und Formulierungen:

„Auch Geisteskranke und Neurotiker sind keine Einzelreisende, sondern Glieder einer Gemeinschaft, die sie beeinflußt und der sie sich anpassen müssen. Es ist unsere ärztliche Aufgabe, Neurotiker und Geisteskranke zu lehren, mit ihrer Krankheit fertig zu werden — im anderen Zusammenhang — auf eine erträgliche, aber auch auf eine ersprießliche Art neurotisch oder geisteskrank zu sein." „Eine Anstalt mag so gut eingerichtet und so sachkundig und weitherzig geführt sein, wie sie will, niemals wird sie all die manigfaltigen Anregungen und Bindungs- und Auswirkungsmöglichkeiten bieten können, wie das tätige, praktische Leben, und niemals wird ein noch so nützlich zugebrachter Anstaltsaufenthalt diese ersetzen; für das tätige, praktische Leben jedoch müssen wir unsere Kranken zu erziehen trachten."

„Nicht Schonung, Anerkennung und Dankbarkeit suchen die wirklich lebenstüchtig Gewordenen, sondern Anspannung und Ausschöpfung all ihrer Kräfte im Dienste der übernommenen Aufgaben; nicht auf das verständnisvolle Entgegenkommen, auf die Gerechtigkeit und Barmherzigkeit ihrer Mitmenschen setzen sie ihre Hoffnung, sondern auf die Lauterkeit ihres Wollens, auf den Mut zum Alleinsein mit ihrer Meinung und auf die eigene Pflichttreue. Daß darum die Zukunftsaussichten nicht so sehr von der Schwere der durchgemachten Krankheit wie von der angeborenen zur Einsicht in die Zusammenhänge erforderlichen Urteilskraft, der Herzensgüte, dem Maß von Hingabefähigkeit und schöpferischen Drang abhängen, wird leicht einleuchten. Einem guten Menschen kann man deshalb in der Regel leichter helfen als einem eigennützigen, neidischen und trägen." [1])

[1]) Klaesi, Vom seelischen Kranksein.

In diesem Sinne werden mit einer aktiveren psychotherapeutischen Behandlung zielbewußte Versuche unternommen, und Nitsche stellt fest, daß dabei unleugbar auch selbst bei den endogenen Geisteskrankheiten beachtliche symptomatische Erfolge erzielt worden seien.

Das ganze System einer modernen Anstalt weist dem Kranken den Weg ins „freie Leben", indem es ihn schrittweise dazu umerzieht. Wo auf diesem Wege die von Klaesi geschaffenen „Freien Kolonien *Gurnigel* und die *„Anna-Müller-Kolonie"* ihre Aufgabe übernehmen, möchte diese Arbeit zeigen.

Arbeitstherapie

Die Regelung der Funktion eines Organs erscheint in der somatischen Medizin heute als eine wichtige therapeutische Maßnahme. Das war nicht immer so, da man früher zu sehr nur an das anatomisch-pathologische Bild dachte, zu sehr nur an die lokale Schädigung und zu wenig an die Aufgabe des erkrankten Organs innerhalb des gesamten Organismus. Wir denken hier auch an die moderne Tuberkulosetherapie. Die besten Umweltsbedingungen: Licht, Luft, Ruhe, gute Ernährung sollen die Abwehrkräfte des Organismus, über jede spezifische Therapie hinweg, so unterstützen, daß der geschwächte Körper, auf den die Bazillen erst wirken konnten, wieder mit ihnen fertig werden kann.

Wir meinen, daß für die Geisteskrankheit ähnliche Bedingungen geltend zu machen sind, umsomehr als man in den häufigsten Fällen heute noch nicht von einer spezifischen Therapie sprechen kann. So wird die Regelung der seelischen Funktion, d. h. die Schaffung von Verhältnissen, die die tiefsten geistigen Bedürfnisse unterstützen, diejenigen nach Bewegung, Betätigung und Arbeit, nach Bindung an die Umwelt, nach Einreihung in eine Gemeinschaft einen weitgehenden Einfluß auf den Krankheitsverlauf nehmen müssen. Wenn man sich vor Augen hält, wieviele frühere Krankheitssymptome verschwunden sind, seitdem man dies zu berücksichtigen begann, wird man begreifen, wie wenig selbstverständlich diese Einstellung gewesen ist. Man schafft aber in den Heilanstalten keine normalpsychischen Bedingungen, ebensowenig wie man in den Höhenkurorten für Tuberkulose nor-

male Lebensbedingungen herstellen kann, denn man sucht in diesen Anstalten nur therapeutisch günstig wirksame Einflüsse zu schaffen und alle Schädlichkeiten auszuschließen. Damit werden auch jene Einflüsse ausgeschaltet, die normalpsychisch überall da sind und die erst für den Kranken zu Schädlichkeiten werden, die der Gesunde aber gerade braucht, um seine Gesundheit zu erproben und zu üben und „die er sich schaffen würde, hätte er sie nicht im täglichen Kampfe immer wieder zu überwinden". (Klaesi). Unter den tiefsten geistigen Bedürfnissen erwähnten wir eben das nach Bewegung, Betätigung und Arbeit.

Ueber das Wesen der therapeutischen Wirksamkeit der Arbeit gibt es sehr viele Meinungen. Die Definition der Arbeitstherapie als eine „jener Maßnahmen, die unternommen werden, um einem Menschen einer Arbeit, von deren Ausführung wir einen heilenden Einfluß auf sein Befinden anzunehmen berechtigt sind, zuzuführen und bei ihr zu behalten", stellt sofort die Frage, was unter diesem heilenden Einfluß aber zu verstehen sei. Da zählt man zuerst die Vorteile der Arbeit für den Körper auf: Die motorische Anspannung oder Entspannung, die bessere Durchblutung, die Steigerung des Stoffwechsels, die Ventilation usf. Aber diese Ziele gehören, soweit man sie überhaupt in einer Psychotherapie für wichtig halten mag, viel mehr zur Beschäftigung als zur Arbeit.

Wir wollen hier unterscheiden zwischen der

I. Beschäftigungstherapie, der
II. Arbeitstherapie und
III. Gemeinschaftstherapie.

Die begriffliche Scheidung der Beschäftigung, unter der wir *irgendeine* Tätigkeit verstehen, von der Arbeit, bei der diese Tätigkeit einem Sinn unterstellt ist, zu der der Ausübende eine tiefere affektive Beziehung hat, erscheint uns geboten.

Dies gerade auch im Hinblick auf den Kongreßbericht der europäischen Vereinigung für Hygiene in München 1938. Hier wurden von den Referenten die Begriffe verschieden gebraucht, manche setzen sie wieder gleich, und es wäre bei einer begrifflichen Trennung sicherlich manche Diskussion vermieden worden.

Die Einteilung nach Tewes, der zwischen Arbeit, Beschäftigung und eigentlicher Beschäftigungstherapie unterscheidet, wobei letztere wieder die Arbeit mitenthält, erscheint uns nicht klar. Seine Definition der Aktivierungstherapie, wobei die Aktivierung des Kranken durch die Gemeinschaftseingliederung und die Leistungssteigerung der Zweck der Behandlung sind, würde

sich ungefähr mit dem decken, was wir als Gemeinschaftstherapie bezeichnen wollen, wobei diese aber der Beschäftigung übergeordnet ist und nicht umgekehrt, wie das Tewes macht.

Der Einteilungsversuch von Hartwich von der Gütersloher Anstalt, der die Beschäftigungsbehandlung, welche eine produktive Beschäftigung und Arbeitsleistung beinhaltet, von der Arbeitsbehandlung trennt, die eine Behandlungsform für die geistig Gesunden, aber körperlich Kranken sein soll, würde eine so nach äußerlichen Gesichtspunkten gerichtete Einteilungform bringen, daß sie an den psychologischen Inhalten vorbeigeht.

Wenn Kranke Wolle zupfen oder Papiersäcke kleben, so wird die Unterscheidung, ob es sich hier um Beschäftigung oder Arbeit handelt, nicht immer leicht. Wenn eine Handlung ausgeführt wird, und wäre diese noch so kompliziert, die nicht mit dem innern Einsatz des Ausübenden geleistet wird, mit Lust- und Unlustgefühlen, mit Gewissensregungen, so bleibt diese Handlung Beschäftigung. Wenn der Kranke aber fein säuberlich Papier zusammenlegt und dann mit Aufmerksamkeit zerreißt, so kann man darin seine Arbeitsbereitschaft erkennen. Es handelt sich nicht darum, *was* gearbeitet wird, sondern *wie*. Deswegen ist die Unterscheidung zwischen Beschäftigung und Arbeit eine psychologisch begründete.

Die Tätigkeit muß zur *Aufgabe* werden, dann wird sie zur Arbeit. Die Erziehung zur Arbeit ist eine sehr schwere. Es ist dabei oft besser, sich vom Kranken kleine Aufgaben persönlich erfüllen zu lassen, um so seinen Einsatz herauszufordern, als ihn vielleicht mit der Gruppe zur Feldarbeit zu schicken.

Klaesi wies darauf hin, daß bei Kranken, die besonders schwer zur Arbeit zu bringen waren, Spiele mit dem Pflegepersonal von Erfolg waren um Kontakt zu gewinnen und damit die Bereitschaft für allerlei Handreichungen und dann auch für planmäßigere, umfangreichere Mitarbeit zu erlangen.

Die Erweiterung der Beschäftigung zu einer Arbeitstherapie halten wir für eine schwere Aufgabe, die an das Pflegepersonal und an die Aerzte sehr große Anforderungen stellt und viel Erfahrung verlangt. Es bedarf sehr vieler Mühe, um viele Kranke zur Arbeit zu bringen, damit diese wieder therapeutisch wirksam wird, und es ist oft der wensentliche Schritt zur Heilung getan, wenn dies erreicht würde. Man muß deshalb am Erfolge zweifeln, wenn von Anstalten berichtet wird, daß sie sich in kurzer Zeit auf die Arbeitstherapie umgestellt haben und nun die Zahl der arbeitenden Kranken in hohen Prozenten angegeben wird. Es kann sich hier nur um Beschäftigung handeln ebenso wie in Anstalten, die höchstes Gewicht darauf legen, daß alle Insaßen arbeiten, wie

wenn die Beschäftigung der führende Sinn dieser Anstalten wäre und nicht die Heilung. Was den Schizophrenen betrifft, so zieht sich dieser in seiner Krankheit gleichsam auf eine einsame Insel zurück, alle Brücken hinter sich abbrechend, vielleicht mit Ausnahme von der, die ins elterliche Haus, zu seinem Freund, zu einem Beruf, zu einer Idee führt. Der Arzt muß gerade diese Brücke finden, um so zu dem Kranken zu kommen, aber auch um auf dieser den Kranken, den Einsamen, wieder aufs Festland zurückzuführen. Alle unsere therapeutischen Möglichkeiten sind für den Arzt nur Hilfsmittel bei dieser Aufgabe.

Es ist nicht gleichgültig, wann beim Kranken, wir sprechen hier vom Schizophrenen, mit der Erziehung zur Arbeit begonnen wird. Beginnt man zu früh, besteht die Gefahr, daß der Kranke immer nur beschäftigt bleibt und zu dem wird, was man als „Arbeitsmaschine" zu bezeichnen pflegt.

Was die Arbeitstherapie in einer Klinik leisten kann, sagt Beringer in folgendem resumierendem Satz: „Sie erleichtert den Kranken nicht nur die Wiederaufnahme zwischenmenschlicher Beziehungen und die Anpassung an normale Lebensbedingungen, denen sie in der Lebensferne des Krankenhauses allzuleicht entfremdet werden, sondern ermöglicht auch eine motorische Abreaktion innerer Spannungen, vermindert die symptomerstarkende und fixierende Selbstbeobachtung."

Es sind hier mehrere wirksame Komponenten genannt; wir wollen nur auf die in der Arbeitstherapie wirksame zwischenmenschliche Beziehung hinweisen. Arbeit leistet man *mit* andern Menschen, meist aber auch *für* andere. Die Arbeit führt zur Gemeinschaft. Sie *muß* es aber nicht. Es gibt genug Menschen, die die Arbeit persönlich egoistischen Tendenzen unterstellen, und es gibt Menschen, die auch in der Arbeit immer autistischer werden und sich von der Mitwelt abschließen.

Andernfalls müßte eine Untersuchung zeigen können, daß jene, — wieder in Bezug auf die Schizophrenen — die in einer Arbeit stehen, zahlenmäßig weniger häufig erkranken oder internierungsbedürftig werden als die, die ohne Arbeit sind. Man kann sich auch an alle paranoiden Erfinder erinnern, die trotz fleißiger Arbeit, bei affektivster Beziehung zum Arbeitsziel, sich immer mehr von der Umgebung zurückziehen und immer mehr ihr Wahnsystem ausbauen.

Diese kurzen Ueberlegungen zeigen, daß es in einer Anstalt wesentlich ist, *welche* Arbeit der Kranke leisten soll. So kommt zur Arbeit noch die Gemeinschaft hinzu. Und erst jene Arbeit, die in ihrem wesentlichen Ziel dem Gedanken der Gemeinschaft, wo-

möglich *rein* dient, wird wichtige therapeutische Punkte berücksichtigen, die fähig sind, *alle* Tendenzen, die den Kranken der Isolierung entziehen, zu unterstützen.

Die Gemeinschaftstherapie

Der psychologischen Untersuchungen des Umweltsfaktors „Gemeinschaft" im Hinblick auf therapeutische Fragen gibt es nur sehr wenige. Das Thema ist sehr umfangreich, und es werden gewöhnlich nur immer einzelne Ausschnitte daraus behandelt.

Simon weist darauf hin, daß er nicht nur Arbeitstherapie betreibt, und M. Müller spricht von einer Kollektivtherapie, in der alle von uns genannten drei Komponenten: Beschäftigung, Arbeit und Gemeinschaftsbildung mitenthalten sind. Simon weißt in seinem Buche „Aktivere Krankenbehandlung" sehr eingehend darauf hin, ein richtiges *Milieu* in einer Anstalt zu schaffen und den Kranken darin einzuordnen. Was soll das heißen? Es bedeutet, alle Kranken unter einem Plan, dem Heilungsplan, zusammenzufassen, oder mit andern Worten: Bildung einer Gemeinschaft. Simon führt aus, daß dieser Heilungsplan bei jedem Gespräch in der Anstalt, bei jeder Handlung zum Ausdruck kommen soll; umso wirksamer wird seine Heilkraft sein. Denn umso wirksamer kommt dann auch der diesem Milieu innewohnende massenpsychologische Faktor zum Ausdruck, der alle Kranken zusammenfügt, sie einreiht, und dem sich kein neu Hinzukommender entziehen kann.

Der massenpsychologische Faktor ist eine der wirksamen Komponenten der Gemeinschaftstherapie. In den grundlegenden Untersuchungen von Mc Dougall in „The Group Mind" sagt dieser: „Damit sich aus dem Menschenhaufen etwas wie eine Masse im psychologischen Sinne bilde, wird als Bedingung gefordert, daß diese Einzelnen etwas miteinander gemein haben, ein gemeinsames Interesse an einem Objekt, eine gleichartige Gefühlsrichtung in einer gewissen Situation und ein gewisses Maß von Fähigkeit, sich zu beeinflussen... Das wichtigste Phänomen der Massenbildung ist nun die bei jedem Einzelnen hervorgerufene *Steigerung* der *Affektivität* (exaltation or intensification of emotion). Dieser Mechanismus der Affektsteigerung wird noch durch einige andere von der Masse ausgehende Einflüsse begünstigt.

Es ist offenbar gefährlich, sich in Widerspruch mit ihr zu setzen, und man ist sicher, wenn man dem ringsumher sich zeigenden Beispiel folgt."

Diese Ausführungen beziehen sich auf die Masse und nicht auf die höher stehende Gemeinschaft, aber es sind in ihr Faktoren wirksam, die auch diese enthalten wird. Es scheint uns, daß der Unterschied zwischen Beschäftigung und Arbeit ein ähnlicher ist wie zwischen Masse und Gemeinschaft. Irgendetwas tun, heißt beschäftigt sein. Wenn man aber zu diesem Tun eine bewußte Einstellung hat und zum Inhalt eine affektive, so wird daraus eine Arbeit. Viele Menschen irgendwohin zusammengestellt, bilden eine Masse, eine Gemeinschaft erst, wenn sie alle einer Aufgabe unterstellt sind, und wenn sie verstehen oder fühlen, was deren Sinn ist. Dann erst in diesem Falle übernimmt man die Arbeit als Aufgabe und leistet damit seinen Einsatz.

Wenn man eine gewisse Aufgabe übernommen hat, so heißt das, daß man für sie eine gewisse Verantwortung mitübernommen hat und ebenso, daß man sich der Gemeinschaft gegenüber verantwortlich fühlt. Man zweifelt heute nicht mehr daran, daß der Kranke dieses Verantwortungsgefühl besitzt. Gerade an dieses wendet man sich mit großem Erfolg. Jeder bringt in irgendeiner Form und Stärke Triebe mit, die ihn zur Gemeinschaft führen, seien es kollektive, die einen Menschen *in* einer Gemeinschaft leben lassen wollen, auch wenn diese noch so klein ist, oder sei es der soziale Trieb, von K l a e s i mit erweitertem Inhalt „aristophorer" genannt, der Trieb, der einen *für* eine Gemeinschaft leben lassen will. Jener „aristophore" und auch der „kratophore" Trieb der der Befriedigung unserer Ichtriebe nämlich, unserer Genuß- und Lustbeschaffung dient, diese beiden kommen in der Gemeinschaft wieder zu ihrem Recht und brauchen nicht auf Abwege zu gehen, wie es alle Triebe tun, die nicht ihr natürliches Wirkungsfeld haben.

„Die freien Kolonien" - Die Gemeinschaftskolonie

Nach den vorangegangenen theoretischen Ueberlegungen handelt es sich nun darum, in deren praktische Verwirklichung alle therapeutisch wirksamen Faktoren besonders *rein* in irgendeine Form zu gießen. Es gibt heute schon viele Anstalten, an die

Kolonien angeschlossen sind. Aber gewöhnlich sind diese Kolonien kleinere Abteilungen und unterstehen ganz dem Anstaltsbetrieb. Darüber hinaus sollte aber eine Gruppe von Menschen zu einer Gemeinschaft zusammengeschlossen werden, die mehr als irgendeine Feldarbeit gemeinsam haben. Schon 1922 veröffentlichte K l a e s i seine Gedanken über die Schaffung „einer Arbeits- und Kulturgemeinschaft". Er führte damals aus: „Es galt, die Menschen in ein Milieu hineinzustellen, das alle ihre gesunden Kräfte, ihr Verantwortungsgefühl, ihr Gemeinschaftsbedürfnis, die Befriedigung ihrer persönlichen Neigungen nicht nur weitgehendst unterstützte, sondern sogar herausforderte. Etwa 20 bis 25 Kranke hätten irgendwo in sumpfigem, unwirtlichen Gelände ihre verlegbare Baracke aufgeschlagen und unter der Aufsicht von 2—3 Wärtern den Boden nutzbar zu machen gehabt. Der Erlös wäre nach Abzug aller Auslagen unter die Beteiligten verteilt oder als gemeinsamer Besitz gehalten worden. Oder die Leute hätten das Grundstück weiter gemeinsam verwaltet und bebaut." Aus äußerlichen Gründen war die Verwirklichung dieses Planes im Kanton Zürich damals nicht möglich gewesen.

Durch äußere Umstände diesmal begünstigt, konnten im Jahre 1933 von der Anstalt Waldau aus 2 solche Kolonien gegründet werden. Diese Kolonien sind von der Anstalt weitgehendst unabhängig. Angehörige, oder der Staat oder der Kranke selbst zahlen zwar wie in der Anstalt ein tägliches Kostgeld, aber die *Verwendung desselben ist wie die ganze Verwaltung der Liegenschaft Sache der Kolonien selbst. Die Bestimmung der täglichen Arbeit, die Einteilung der Kranken in Arbeitsgruppen, der wirtschaftliche Haushalt bleibt ihr vorbehalten. Sie besitzt i h r Haus, i h r Vieh, i h r e n Gemüsegarten, i h r e n landwirtschaftlichen Boden, i h r e Einrichtungen und all das gehört Allen zusammen. Das* Verantwortungsgefühl und der persönliche Ehrgeiz jedes Einzelnen werden dadurch herausgefordert. Es wird alles betont, um das „Wir" zur Geltung zu bringen, und es wird so von „unserer" Arbeit, „unserer" Freizeit, „unserer" Küche, „unserem" neuen Auto, „unserer" neuen Ernte usf. gesprochen. So fühlt sich jeder Einzelne mit eingereiht und mitverantwortlich. Alle arbeiten zusammen an *ihrem* Werk.

Ein Maß für das Gemeinschaftsgefühl ist die Stellung zur Frage des Geldes. Daß es in einer Gemeinschaft keine E n t löhnung gibt, ist selbstverständlich. Und gerade daß der Gewinn Allen

zugute kommt in der Verbesserung der Lebensverhältnisse, in der Vergrößerung des Gutes, verstärkt das Zusammengehörigkeitsgefühl. Nur höchst ausnahmesweise und eigentlich nur da, wo es gilt, einem Kranken die Sorge oder die ihm von außen zukommenden Vorwürfe, er falle der öffentlichen Fürsorge anheim, abzunehmen, wird ein Beitrag an die Aufenthaltskosten verabreicht. Im Allgemeinen gilt aber die Erfahrungstatsache, daß es mit der Unterordnung und dem Anschluß ans Gemeinschaftsziel aus ist, sobald einer bezahlt wird. Geld ist für das Gemeinschaftsleben gefährlich.

Neben der gemeinschaftlichen Arbeit wird die Gestaltung der Freizeit weitgehend gefördert und alle individuellen Interessen der Kranken unterstützt. So züchtet der eine von unsern Kranken Kaninchen, die er dann verkauft, der andere fabriziert Schnitzwerke, der dritte legt sich ein Beet Zierblumen an usf., wobei von dem Erlös dieser „Privatarbeit" besondere Bedürfnisse befriedigt werden, wie etwa eine Reise zu den Angehörigen, zusätzlicher Tabak, Ausschmücken des Zimmers usw.

Daß eine solche Kolonie über die Bedeutung einer Familienpflege oder über den therapeutischen Wert der beiden belgischen Dörfer Gheel und Liernieux hinausgeht, beweist folgende Zusammenfassung der Vorteile, die Read C. Stanford in einem Bericht diesen Dörfern nachrechnet, Vorteile, die im allgemeinen auch für die sonst bekanntgewordenen Kolonie Geltung haben. Sie heißen:

1. Größere Annäherung an normale Lebensverhältnisse,
2. Größere Bewegungsfreiheit der Kranken,
3. Größere Billigkeit der Unterbringung,
4. Bessere Ausnützung der Arbeitskräfte, sowohl wirtschaftlich als therapeutisch,
5. Günstiger Einfluß der normalen Umgebung, besonders der Frauen und Kinder auf die Kranken,
6. Möglichkeit der Berücksichtigung der Individualität der Kranken,
7. Günstige therapeutische Folgen, besonders hinsichtlich der Verhütung der Verblödung.

Es ist also das, was Anna-Müller-Kolonie und Gurnigel bieten, weder genannt, noch erstrebt, obschon wir annehmen, daß Ein- und Ueberordnung auch nebenbei mitgehen wie überall, wo wirkliche Erzieher am Werk sind. Der Pflegling des Geistes-

krankendorfes wird in eine für ihn gemachte Umwelt hineingestellt, aber er schafft sie nicht selber, wie er dies in unsern Kolonien tut. Er bleibt Versorgter — bleibt Gegenstand von bewährter Aufsicht und Pflege und sogar Mittelpunkt derselben — in unsern freien Kolonien jedoch erhöht er sich zum Teilhaber am Werk, „er wird selbst Schöpfer und Gestalter und statt des Mittelpunktes der Fürsorge Träger eines zusammenfassenden Gedankens und Stütze einer auf Generationen gerichteten, vom eigenen Selbst erlösenden Idee".[1])

Die „Anna-Müller-Kolonie"

Aus dem Legat der früheren Oberschwester Anna Müller der Heil- und Pflegeanstalt Waldau gründete K l a e s i die nach jener genannte Kolonie.

Ungefähr 15 km von Bern entfernt, also von der Anstalt nötigenfalls leicht erreichbar, liegt die Kolonie; vor 7 Jahren wurden unter sehr günstigen Bedingungen inmitten sumpfigen Oedlandes 20 Jucharten ausgebeuteten Torfbodens gekauft, der bis anhin brach lag, dazu ein altes Blockhaus, das Eisenbahnarbeitern an der Gotthardbahnlinie gedient hatte. Dieses wurde von den künftigen Insaßen und bauhandwerklich geschulten Pflegern im Oedland aufgestellt und einfach, aber wohnlich eingerichtet, 25 Menschen Platz bietend. Im Erdgeschoß sind die Küche untergebracht, daneben der Aufenthaltsraum mit Radio und Gelegenheit zu Gesellschaftsspielen, anschließend der Arbeitsraum mit den nötigen Einrichtungen, besonders für die Winterbeschäftigungen wie Weben, Bürstenbinden, Raum für Reparaturwerkzeuge für die landwirtschaftlichen Geräte usf. Im ersten Stock befinden sich die Schlafräume, jedes Zimmer für zwei Mann eingerichtet. Es ist das Haus von Leuten, die eine gemeinsame Arbeit haben, gemeinsam die freie Zeit verbringen, und es weist nichts darauf hin, daß sich hier Kranke befinden. Es sind drei Pfleger anwesend, an die besonders hohe Anforderungen an Takt und Verständnis gestellt werden. Aber sie sind nicht nur Pfleger, sondern Mitarbeiter, Menschen, die sich als zur Gemeinschaft gehörig betrachten. Von Zeit zu Zeit, aber, eher in großen als in

[1]) K l a e s i, Klinische Vorlesungen.

kurzen Abständen, hält ein Anstaltsarzt Nachschau.

Ueber die Wirtschaftlichkeit und das Gedeihen der Kolonie geben folgende Zahlen Auskunft:

Das Anfangskapital aus dem Legat betrug		Fr.	47.404
der Kapitalzuwachs	1934	„	6.662
„ „	1935	„	7.896
„ „	1936	„	8.170
„ „	1937	„	5.387
„ „	1938	„	6.031
„ „	1939	„	10.418

Der Rückschlag im Betriebsjahr 1937 rührt daher, daß größere Aufwendungen für Saatgut und Dünger gemacht wurden.

Da man nicht in erster Linie reich werden will, sondern die Betonung auf dem Werk liegt, wird der Ertrag so viel als möglich im Betrieb angelegt. Die Urbarmachung des Bodens, das Entwässern und Ameliorieren stehen im Vordergrunde: Gerade dies ist eine Arbeit, bei der immer wieder *sichtbar* wird, mit beinahe symbolischer Deutlichkeit, wie sehr die geleistete Arbeit sinnvoll ist! Seit bestehen der Kolonie hat sich der Bodenbesitz folgendermaßen vergrößert:

36 Are	Ankauf von Industrieland (Torfausbeute)
360 „	Ankauf von Acker und Wiesland
100 „	in Pacht genommenes Wiesland
150 „	durch Entwässerung und Aufschüttung amelioriert
120 „	amelioriertes Wiesland (Drainage)

Was die Arbeitsverteilung betrifft, sind von den Kolonisten beschäftigt:

Im Haus:	Winter:	Sommer:
Küche	2	2
Hausdienst	1	1
Bürstenfabrikation	1	1
Weberei	1	—
div. Innenarbeit	2	—
Besenfabrikation	4	—
Gemüsegarten	3	7
Torfausbeute	—	4
Amelioration	4	1
Stall	2	2
Landarbeiten	4	6 (alle Entbehrlichen)

Im Ganzen besitzt die Kolonie heute ca. 75 Jucharten Land, davon ca. $^1/_2$ eigenes, das andere ist zur Amelioration übernommenes Pachtland.

Von diesem Boden sind:

22 % Sumpfland, teilweise mit Gemüse bebaut,
20 % Wiesland mit Klee und Gras,
5 % Gemüseland für den Eigenbedarf und zum Verkauf für Konservengemüse,
2 % Industrieland, Torf,
12 % Ackerland mit Kartoffeln,
16 % Ackerland mit Zuckerrüben,
8 % Ackerland mit Zuckerrüben,
3 % Wege,
7 % Verwendung je nach Bedarf.

Aufschlußreich sind die Zahlen betreffend Art der Entlassungen und durchschnittliche Dauer der Aufenthalte. Seit bestehen der Kolonie bis zum Jahre 1938, also in den ersten 5 Jahren, waren im ganzen 99 Pfleglinge dort untergebracht. Der Dauerbestand beträgt im Durchschnitt 23 Personen. Von diesen 99 Männern, die in die Kolonie kamen

fanden von der Kolonie aus eine Stellung	20
kamen von dort nach Hause	25
kehrten in die Anstalt zurück	32
bilden den augenblicklichen Bestand	22
Summe	99

Dauer der Aufenthalte:

25	blieben	bis	zu	einem	Monat
11	„	„	„	2	Monaten
5	„	„	„	3	„
10	„	„	„	4	„
6	„	„	„	5	„
5	„	„	„	6	„
14	„	„	„	1	Jahr
9	„	„	„	2	Jahren
2	„	„	„	3	„
2	„	„	„	4	„

Für 20 in Stellen und 25 nach Hause entlassene, also insgesamt 45 Leute war die Kolonie eine Zwischenstation.

Die Kolonie als Zwischenstation

Die Funktion der Kolonie als Zwischenstation ist eine ihrer wesentlichen Aufgaben. Von den Zwischenstationen als Probe- und Durchgangsstellen zwischen Anstalt und Leben in voller Freiheit lesen wir erstmals in den Jahresberichten des Zürcher Irreninspektorats von Klaesi aus den Jahren 1919—1922. Klaesi benutzte dazu kleine ländliche Privatanstalten und Kurhäuser mit landwirtschaftlichem Betrieb und Garten. Diesen kam nicht nur die Aufgabe zu, Arbeitsstätte zu sein, sondern sie sollten auch der Behandlung dienen, weswegen wie von selbst die Familienpflege aus einer einfachen Versorgungsform, die sie früher war, zu einer Behandlungsmethode wurde. Die Besitzer der als Zwischenstationen dienenden Privatanstalten bezogen ein Kostgeld, das gerade groß genung war, um die Selbstkosten zu decken; der lohnende Verdienst mußte aus der Arbeitskraft der Kranken herausgeholt und diese darum möglichst zu nützlicher, ausgiebiger Mitarbeit gewonnen und angelernt werden. Die Einflüsse des Milieus pflegen in jedem gut ausgewählten, zugänglichen Kranken allen Schaffensdrang zu unterstützen und diesen gleichzeitig so in einen sozialen Raum zu stellen, daß alle Isolierungstendenzen abgebremst werden. Dabei bleibt der Pflegling fast wie nur nebensächlich unter ständiger, genauer Kontrolle des Kolonieleiters und damit auch noch unter ärztlichen Einflüssen.

Gerade diese letztgenannte Tatsache macht die freie Kolonie in gewissen Fällen zur idealen Aufnahmestation für erfolgreich mit Cardiazol- oder Schlafkuren behandelte remittierende Anstaltsinsaßen, denn wie Klaesi schon im Anfang der Dauerschlaftherapie betont hat, ist es bei günstigem Ausgang einer Kur sehr wichtig, daß möglichst schnell eine Milieuveränderung der Kranken durchgeführt wird; je mehr nun eine Versetzung in normale Verhältnisse geschehen kann, desto günstiger der Einfluß. Es gehört deswegen zu den Gepflogenheiten unserer Klinik, daß nach allen medikamentösen Therapien eine sehr aktive psychotherapeutische Behandlung folgt, die gewöhnlich mit einer Versetzung des Kranken beginnt. Aber wie normale Verhältnisse schaffen und doch noch aufmerksam unter Kontrolle behalten, bewachen und leiten? Darum unsere Gepflogenheit, als Unterbringungsort für solche vorläufig einmal Gebesserte gerade die freie Kolonie zu wählen. Aber nicht nur der Aufnahme und wirk-

samen Fortsetzung und Förderung einer der Einkapselung entgegenarbeitenden Kur ist die freie Kolonie zuträglicher als jede Zwischenstation alten Stils, auch der erfolgreichen Stellensuche dient sie als Sprungbrett sondergleichen, schon deswegen, weil der entlassungsreife Zögling soviel Freiheit hat, daß er nach einem passenden Platz selbst Umschau halten kann, und die Aussichten auf Anstellung besser sind, wenn er sich frei bewegt, als wenn er in der Heil- und Pflegeanstalt interniert ist.

Kolonie und Frühentlassung

Unter Frühentlassung versteht man bekanntlich die Entlassung der Kranken aus der Anstalt noch *während* oder sogar zu Beginn der Remission. Die Verantwortung des Arztes ist dabei immer eine sehr große. Die Selbst- und Gemeingefährlichkeit abzuwägen, kann bei vielen Fällen eine sehr heikle Sache sein, wenigstens da, wo Aestimation von Halluzinationen und Wahnideen (Klaesi) nicht unentbehrlichster Teil psychiatrischer Anschauungs- und Behandlungsweise ist und die sog. sekundären Symptome nicht als verläßlichste Fingerzeige für die Stellungnahme des Kranken zur Krankheit, Umwelt, Triebzielen, Zukunft usw. galten. Von Bleuler unter dem Druck der Anstaltsüberfüllung durchgeführt, ist die Frühentlassung heute eine therapeutische Maßnahme geworden und hat ihren Wert vor allem in der Schizophreniebehandlung.

An der Jahresversammlung der Deutschen Vereinigung für Psychiatrie 1929 wurden von den Leitsätzen für Frühentlassung von H. W. Maier u. a. folgende genannt:

. . . . Frühentlassung bedeutet eine Rückkehr des Kranken ins freie Leben, sobald die stärksten Symptome, welche die Internierung unumgänglich machten, nachgelassen haben, ohne Rücksicht auf das Fortbestehen leichterer psychotischer Erscheinungen (Willensstörungen, einzelne Halluzinationen oder Wahnideen).

. . . . Wie Bleuler zuerst betont und praktisch durchgeführt hat, ist die Frühentlassung indiziert für die Gruppe der Schizophrenie, insbesondere für die schizophrenen Reaktionen und Randpsychosen, aber auch für die Mehrzahl der zum Auftreten einer schizophrenen Demenz führenden Fälle.

Die mit solcher Abgrenzung gekennzeichnete Zweckbestimmung der Frühentlassung berücksichtigen unsere Kolonien weitest-

gehend. Zu der therapeutisch günstigen Wirkung der Entlassung aus der Anstalt gesellt sich als besonderer Vorteil die hier nicht mehr als Einschränkung und Zwang empfundene doch noch so erwünschte und nötige Beaufsichtigungsmöglichkeit hinzu, dafür kommen andererseits jene Umweltsfaktoren, die im Leben in voller Freiheit und Selbständigkeit und auf eigene Wahl und Verantwortung auf den Verlauf eines Schubes einen ungünstigen Einfluß nehmen können, in Wegfall. —

Häufig genug liegen ja bekanntlich die Familienverhältnisse so, daß sie an der Auslösung eines Schubes allerwesentlichsten Anteil haben, oder die Kranken bilden sich ein, durch ihre Versager, ihre krankhaften Stellungnahmen und Schwächen die Angehörigen enttäuscht, von sich abgestoßen oder für die Zukunft zu ihrem Nachteil auf sich aufmerksam gemacht zu haben und geben, nach einer Remission ihres Zustandes in die alte Umgebung zurückversetzt, argwöhnisch acht, wie man ihnen begegnet und ihr Wiedereinordnungsvermögen wertet; kleinste Unstimmigkeiten und Widersprüche können kritisch werden. — Oder es bleiben gar einzelne Wahnideen unkorrigiert und unabgesperrt bestehen und Familienangehörige in solche einbezogen! Und doch will man und muß man — soll geholfen werden — den Versuch machen, den Kranken aus der Anstalt herauszunehmen und eine fremde Familie oder ein offenes Sanatorium kommen nicht in Betracht, teils weil dort die Aufsicht mangeln würde, teils weil das Odium der Arztbedürftigkeit endlich vom Kranken weggenommen werden sollte.

Nicht umsonst schreibt deshalb Bleuler in seiner Monographie:
„. . . . Mit dieser Einsicht in den psychogenen Faktor, den man in den Anstalten so positiv beeinflussen kann, regeln sich auch die Gefahren, die ein unrichtiges Milieu nach der Entlassung bringen kann; und es wird schon damit die Frühentlassung zu einer mit Vorsicht zu überlegenden Handlung, und es werden in dieser Beziehung die Zwischenstationen zu Kontrollstationen."

Was die Ergebnisse der Frühentlassungen in der Anstalt Waldau betrifft, hat Briner in seiner Arbeit „Untersuchungen über die Art und Häufigkeit der Remissionen mit besonderer Berücksichtigung der Frühentlassungen und der Dauerschlaftherapie" folgende Zusammenstellung gegeben:

Ergebnisse der Frühentlassung in 33 Fällen:

	mit dauerndem Erfolg	ohne Erfolg
Agitierte Katatonie	7	2
Stupuröse Katatonie	8	1
Hebephrenie	6	1
Paranoid	5	1
Schizophrenie simplex	1	—
Spätschizophrenien	—	1
	27	6

Briner kommt zum Schlusse: „. . . immer wieder macht man die Erfahrung, daß man mit Entlassungen Schizophrenen gegenüber sich im allgemeinen zu vorsichtig verhält und leider zu lange zuwartet, während das Resultat der Frühentlassungen im Gegenteil dazu auffordert, die Kranken . . . . so frühzeitig wie möglich aus der Anstalt zu entlassen."

Zu den Zweckbestimmungen der freien Kolonie als Aufnahmestation für Frühentlassungen und als Zwischenstationen kommt weiterhin hinzu, daß sie Defekt-Schizophrene, deren Aufenthalt in der Anstalt nicht nötig ist, die sich aber auch im freien Leben nicht halten können, als Dauermitglieder aufnehmen können. Diese erhalten dadurch die Möglichkeit, ein so freies und sinnvolles Leben zu führen als nur irgend möglich; aber das ist nicht alles. Zum ersten Mal seit langem, wenn nicht gar seit ihrem Weggang vom Elternhaus keimt, in ihnen wieder das Gefühl, ein richtiges Zuhause zu haben, und ist das der Fall, werden gerade diese Kranken dann, wie auch sonst in den Anstalten, zu den Stützen des Hauses.

Die Anna-Müller-Kolonie als Unterbringungs- und Erziehungsort für Psychopathen

Gleich schwierig wie eine auch nur einigermaßen genauere Bestimmung und Abgrenzung des Psychopathiebegriffs überhaupt, von einer zulänglichen Einteilung in Klassen und Typen gar nicht zu reden, ist eine bis in Einzelheiten gehende Beschreibung der Gesichtspunkte, welche für Auswahl und Vorgehen bei der Unterbringung und Behandlung von Psychopathieformen in den freien Kolonien maßgebend sind. Wir können nur allgemein an klini-

sche Erfahrungen anknüpfen wie die, „daß viele Nervöse und Geisteskranke nur darum nervös und geisteskrank sind, weil sie tun wollen wie Gesunde“ (gemeint, sich anlagefremde Anforderungen zumuten) und ferner, „daß vielen gebebereiten, aber willensschwachen oder haltlosen oder aus andern Gründen zu einem Wirken auf eigene Verantwortung und Gefahr und in eigenem Hausstand ungeeigneten Andersgearteten unserer Zeit zu allererst eines mangelt: Eine festabgegrenzte, anerkannte und angesehene Gemeinschaft, die sie in verteidigende Hut aufnimmt, ihre Arbeitskraft bis zum Aeußersten anstrengt und nutzt und sie dafür von der Sorge um ihr Ich und ihr Fortkommen entlastet, oder mit andern Worten, ihnen Aufnahme und Auswirkung zusichert, indem sie gleichzeitig die Mühen und Risiken der Anpassung an die Lebensschwierigkeiten in freier Tätigkeit abnimmt“. [1])

Zwei Beispiele sollen erläutern:

R. Z. geb. 1896, ledig, Färber. Vater war Alkoholiker, ein Bruder debil. Als Kleinkind nervös, fahrig; in der Schule lernte er nicht gut, mußte zwei Klassen wiederholen. Früh widerfuhr ihm das Unglück, Zeuge des Geschlechtsverkehrs der Eltern zu sein. Mit 13 Jahren beginnt er zu onanieren. Es fällt ihm auch auf, daß er an seinen Mitschülern besondern Gefallen findet und — besonders beim Turnen — zärtliche Gefühle zu ihnen bekommt. Er sucht mit Kameraden immer wieder das „Mann- und Frauspiel“ zu organisieren. Einige Zeit später treibt er mit einem alten Herrn mutuelle Onanie; er besucht öfters öffentliche Pissoirs, um männliche Geschlechtsteile zu sehen und gibt an, daß es damals sein sehnlichster Wunsch war, den er sich immer wieder ausmalte, „als Pissoir mit Augen“ auf die Welt zu kommen. Immer wieder kommt er seit dieser Zeit mit Männern in homosexuelle Beziehung. In seinen Stellen hält er sich immer nur kurze Zeit, weil man ihm immer wieder auf seine Freundschaften kam, und er sich ohne diese nicht halten konnte, oder weil er Betrügereien beging. Er fälschte Unterschriften, machte Schulden, die er nicht bezahlen konnte und kam andauernd mit den Behörden in Berührung. Um sich den Strafen zu entziehen, aber auch aus Wandertrieb ging er viel ins Ausland. Dort wurde er Kokainist und knüpfte innigere homosexuelle Beziehungen an. Wieder in der Schweiz, kam er 6 Monate in ein Arbeitslager. Ohne daß dieses viel Eindruck auf ihn gemacht hätte, setzte er sein früheres Leben wieder fort, 1931 wurde er zur Begutachtung in die Waldau eingeliefert. Er verbrachte auf der klinischen Abteilung schlaflose Nächte, schikanierte die ganze Umgebung, trat zu einigen Patienten und zu einem Pfleger sofort in stark affektive Beziehung, in der er sich eifersüchtig und herrisch aufführte. Im Mai 32 wurde er, mit seiner gerne gegebenen Einwilligung, kastriert. Nach der Kontrollzeit, in der bei ihm körperliche Erscheinungen wie starkes Schwitzen, erhöhter Puls usw.

[1]) Klaesi, Klinische Vorlesungen.

auftraten, kam er 1933 in die Anna-Müller-Kolonie. Seine Eingliederung war anfänglich mit Schwierigkeiten verbunden. Er litt unter Verstimmungen, leugnete, daß er onanistische Handlungen beginge und sich oft Bilder sexuellen Inhalts vormalte. Er war sehr geltungsbedürftig und zu einem Pfleger oft unverschämt. Er übernahm die Stelle eines Kochs. Daß nun alle von ihm abhängig sind, befriedigt seine Herrschsucht, und daß alle mit seinem ausgezeichneten Essen sehr zufrieden sind und ihm mit Recht sehr loben, macht ihn bald so zufrieden, daß er nun ohne jede Störung als sehr nützliches Mitglied bis heute in der Kolonie tätig ist. Einmal, nach einer Auseinandersetzung mit dem Pfleger, lief er von der Kolonie weg, meldete sich aber sehr reumütig nach ganz kurzer Zeit selber wieder in der Waldau und bat, in die Kolonie zurückkehren zu dürfen.

L. M. geb. 1916. Erblich belastet mit Psychopathie. Als Kind teils verwöhnt, teils streng gehalten. Selbst sehr empfindlich, viel krank. War schlechter Schüler, aber nicht unintelligent, zeigte im Gegenteil in manchen Fächern, so in deutscher Sprache eine überdurchschnittliche Begabung. Als Mittelschüler beginnt er zu lügen, die Schule zu vernachlässigen und macht sich bald aller möglichen kleinern Delikte schuldig, verübt kleinere Diebstähle, macht Schulden, usw. Alle Ermahnungen und Strafen bleiben wirkungslos; ebenso kann auch die strengste Beaufsichtigung ihn nicht abhalten, weiter straffällig zu werden. So wird er 1935 in die Anstalt Waldau zur Begutachtung eingeliefert. Diese stellt einen moralischen Defekt fest. In der Anstalt benimmt er sich, soweit er beaufsichtigt wird, gut, versteht es aber, sich überall kleinere Vorteile zu verschaffen und eine Sonderstellung einzunehmen. Nach einigen Wochen wird er in die Kolonie versetzt. Hier hilft er in der Verwaltung, arbeitet mit den andern auf dem Felde, fährt mit in die Stadt, um Arbeitsprodukte zu verkaufen und hält sich dort während zweier Jahre sehr gut. Die dauernde Beaufsichtigung, das Fehlen jeder schlechten Gesellschaft und freien Zeit verhindern weitere Verfehlungen. Hinzu kommt, daß man immer wieder an seine Eitelkeit und seinen Ehrgeiz appelliert und ihm Gelegenheit gibt, zu zeigen, was er zu leisten imstande ist. Die Befriedigung seines Ehrgeizes durch die restlose Anerkennung seiner geleisteten Arbeit von Seiten der Kolonisten genügt seinem Geltungsbedürfnis und regt auch Dankbarkeits- und Verantwortlichkeitsgefühle an und verpflichtet ihn und bindet ihn an seine Gemeinschaft. Auf das Drängen der Eltern hin wurde er wieder entlassen. Aber schon nach ganz kurzer Zeit, bedingt durch zuviel Freizeit, durch seine krankhafte Geltungssucht wurde er wieder rückfällig. Das Milieu fehlte, das ihn zwei Jahre lang in der Kolonie zu halten vermochte.

Es ergibt sich aus dem, was über die Auswahl der für eine Koloniebehandlung in Betracht kommenden Psychopathen schon gesagt wurde, daß es hauptsächlich Haltlose, Willensschwache, Impulsive und moralisch Defekte und von diesen vielfach schon Vorbestrafte sind, für welche sich die Kolonie eignet, wobei wir freilich von unsern eigenen hiesigen klinischen Standpunkten aus hinzufügen, „daß mit den obengenannten Klassifizierungen über die wirkliche Form der Andersgeartetheit noch gar nichts

ausgesagt ist, denn Anpassungsschwierigkeit, Widerstand, Auflehnung und Flucht können ihre Ursache ebensogut in einem Zuviel wie in einem Zuwenig haben." Die Koloniebehandlung macht sich diese Tatsache zu nutzen, indem sie zuerst einmal, scheinbar alle bisherigen Schwierigkeiten, Anstöße und Entgleisungen des Pfleglings außer Acht lassend, an diesen herangeht und ihr Hauptaugenmerk darauf richtet, wie er am besten verwendbar wäre. Häufig genug kommt man dabei auf ansprechende Charaktereigenschaften und auf Fähigkeiten, die bis anhin noch niemandem zur Kenntnis gekommen waren, ja sogar öfter genug nicht einmal dem Schützling selber. Welche Freude und vor allem welche Genugtuung und Ehrenrettung, festzustellen, daß man nach allen Enttäuschungen und Verfehlungen plötzlich doch noch etwas Schätzenswertes entdeckt und das auch sagt und zu Rate zieht. Welche Erleichterung ferner, wenn ebenso unvermittelt nicht mehr von Besserung und Erziehung gesprochen wird, sondern nur noch von Zusammenarbeit, Verträglichkeit und Kameradschaft, und auch der vorgesetzte Pfleger und der hie und da zur Nachfrage erscheinende Arzt sich nicht als diejenigen gegenüberstellen, welche „beeinflussen und bessern" wollen, sondern sich mitfreuen über die Leistung, die schon vollbracht wurde und über das Vertrauen, das man ihnen entgegenbringt. Selbstverständlich darf nicht verallgemeinert und dürfen die Perlen nicht vor die Säue geworfen werden. Dagegen schützt eine gründliche Voruntersuchung des Falles und ein ebenso entschlossenes Verzichten auf mühevolle Versuche, schmieden zu wollen, wo das Eisen nicht weich werden kann, wie man da, wo man einsetzen will, sich durch noch so viele Versager nicht abbringen läßt.

Die Kolonie Gurnigel

Sie entspricht ihrem Aufbau und ihrem Wesen nach durchaus der Anna-Müller-Kolonie. Eine in unsern Berner Voralpen gelegene, ursprünglich sehr schöne und ertragliche, dann aber in den letzten Jahrzehnten durch Grundwasser und Erika- und Erlenwucherungen heruntergekommene Alp wurde zu sehr günstigen Bedingungen von der Forstdirektion des Kantons Bern in Pacht genommen und zuerst unter der Leitung eines landwirtschaftlich geschulten Pflegers und eines Angestellten des land-

wirtschaftlichen Betriebes unserer Anstalt mit 8—10 Pfleglingen bevölkert, die das versumpfte Gelände zu drainieren, das Unkraut zu roden, Straßen anzulegen und die vorhandenen Gebäulichkeiten auszubessern hatten. Das Betriebskapital lieferte eine Stiftung, welche aus Zuwendungen der Familien von Jenner und von Wattenwyl gebildet worden war, und diese Stiftung übernahm auch dem Kanton gegenüber die Gewähr für eine regelmäßige Einhaltung aller vertraglichen Bedingungen. Die Einkünfte bestehen aus den Sömmerungsgeldern, die für das Vieh bezahlt werden, welches der landwirtschaftliche Betrieb der Heil- und Pflegeanstalt Waldau und Bauern aus der nähern und weitern Umgebung der Alp den Sommer über in Obhut geben. Ziel: Durch die Bodenverbesserungen und baulichen Instandstellungen den einstigen Zustand der Alp wieder soweit herzustellen, daß immer mehr Vieh gesömmert werden kann, und der Ertrag immer reicher wird. Der bisherige Erfolg zeigt, daß unsere Erwartungen vollauf in Erfüllung gehen: der Viehbestand, welcher gesömmert werden kann, wird von Jahr zu Jahr größer, und der Kapitalzuwachs bewegt sich zwischen 3—5000 Franken im Jahr.

Ebenso heilsam wie für das uns vom Kanton Bern anvertraute schöne Grundstück wirkt sich aber der Koloniebetrieb auf die Kolonisten aus. Schon nach dem ersten Sommer stellten sie die bange Frage, ob sie nach der Alpfahrt wieder in die Anstalt zurückkehren müßten. Selbstverständlich wurde die aufrüttelnde und ordnende Wirkung der nützlichen Arbeit und des anstaltsfreien Zusammenlebens vorausgesehen, und hatte die Direktion unserer Anstalt, welche die Kolonie ins Leben gerufen hat, und sowohl in ärztlicher wie in technischer und finanzieller Hinsicht leitet, rechtzeitig dafür gesorgt, daß die Kranken in einem nahen Maiensäß, d. h. einer Bergliegenschaft in weniger großer Höhe und weniger schneereichen Lage samt einem Teil ihres Viehs Unterkunft finden und überwintern konnten. Inzwischen ist auch dieser Winteraufenthaltsort durch einen für viele Jahre abgeschlossenen Pachtvertrag in den Besitz der Kolonie übergangen. Die Zahl der Kolonieinsaßen hat sich auf 12—15 erhöht, und für die Besorgung der Küche wurde, was selbstverständlich sehr wichtig ist, auch hier ein sachkundiger Koch angestellt, der sein Handwerk gut versteht, sodaß die Kolonisten, trotzdem auch sie haushalten müssen, besser essen als die Pfleglinge der Anstalt, so sehr man auch hier auf reichliche und gute Kost bedacht ist.

Was die Dauer der Aufenthalte der in der Kolonie untergebrachten Kranken betrifft, so ergibt sich folgende Zusammenstellung:

1 Monat	18 Kr.	9 Monate	4 Kr.
2 Monate	10 „	10 „	2 „
3 „	9 „	11 „	1 „
4 „	2 „	12 „	0 „
5 „	3 „	1—2 Jahre	10 „
6 „	3 „	2—3 „	3 „
7 „	4 „		
8 „	0 „		

Auch diese Zahlen zeigen, daß die Kolonie nicht in allen Fällen als Station für dauernde Versorgungen gedacht ist. Auch sie dient wie die Anna-Müller-Kolonie in erster Linie als Versuchsstation für Frühentlassungen und als Zwischenstation. Freilich gibt es einige Kranke, die seit der Gründung der Kolonie dort sind und den Kern der Truppe bilden. Sie sind dort zuhause und wollen dort bleiben. Sie nehmen — so haben sie das Gefühl und werden darin bestärkt — andere zu sich auf, und sie wissen sehr gut, daß diese nur vorübergehend in ihre Gemeinschaft eingereiht werden und bei ihnen arbeiten lernen sollen, um gesund zu werden. Daß sie mit ihrem Beispiel dazu mithelfen dürfen, ist ihnen sichtliche Genugtuung und Stolz, und dann und wann erfährt man von rührenden Zeugnissen von Anhänglichkeit, vernunftvoller Duldsamkeit, Geduld und von brüderlicher Gesinnung und Betreuung.

Und die Verhütung von unliebsamen Zwischenfällen und Verbrechen, welche zu wenig sorgsam oder zu optimistisch ausgewählte Kolonisten veranlassen und ausführen konnten, und damit die Verantwortung gegenüber Staat und Behörden? Wir dürfen behaupten, daß die in unserer Klinik üblichen Methoden der charakterologischen Untersuchung und Wertung, welche, die Vorgeschichte vielfach anscheinend sogar außer Acht lassend ganz und gar auf die Aestimation der Symptome abstellt, schwererwiegende Versager fast mit Sicherheit ausschließen. Wir haben in allen den Jahren, während welcher unsere freien Kolonien schon bestehen, erst drei Mal eine empfindliche Störung der Ordnung und einen Zusammenstoß mit der Oeffentlichkeit erlebt.

Ein haltloser, stimmungslabiler Psychopath, der in ein nahes Dorf geschickt worden war, um einem Metzger eine verkaufte

Kuh zu bringen, hat sich mit dem Erlös im Betrage von Fr. 750.—, die er gerade erziehungshalber selber einkassieren durfte, aus dem Staube gemacht und kam erst wieder zurück, als alles bis auf den letzten Rappen verbraucht war.

Ein paranoider Sektierer, der seinen Mitkolonisten vorgeredet hatte, er sei Petrus und könne wie der Heiland auf den Wasser laufen, hatte sich von jenen überreden lassen, ein Beispiel zu geben und in einen Bach zu gehen, während sie, die Kameraden, des Kommenden schon gewärtig und voll ausgelassener Neugier, an den Ufern standen und zuschauten. Die Enttäuschung, die er erlebte und die Scham über das Gelächter, das er auslöste, als er tropfnass aus dem Wasser gezogen werden mußte, hatten eine sehr heftige Depression zur Folge, und es wurde eine Wiederinterierung nötig. Von der Wahnidee redete der Mann aber bezeichnenderweise in der Zukunft nicht mehr.

Eine Gruppe von Kolonisten hatten im Sonntagsstaat in einer nahen Ortschaft den Gottesdienst besucht. Folge davon, daß die Kirchenpflege des Ortes schon nach Schluß der Predigt sich zum Geistlichen begab und ihm Vorwürfe machte, daß er sich um eine Stelle anderswo bewerbe und die Gemeinde verlassen wolle, denn man habe während seiner Predigt wohl bemerkt, daß eine fremde Abordnung dagewesen sei und aufmerksamst zugehört habe.

Zusammenfassung

Die von unserm Klinikvorsteher aus Vermächtnissen zu Gunsten unserer Anstalt geschaffenen freien Kolonien „Anna Müller" und „Gurnigel" stellen Arbeits- und Lebensgemeinschaften von 20—25 Geisteskranken, Grenzfällen und Psychopathen im einen und 12—15 ebensolchen Kranken im andern Falle dar. Diese Kranken leben hier, von der Anstalt weitgehend unabhängig, sozusagen auf eigene Rechnung und Gefahr und in Unterkunftsräumen, die sie zum Teil selbst erstellt, zum Teil nach eigenem Bedürfnis und Geschmack ausgebaut haben. Sie urbarisieren, bebauen und nutzten Erdland und werden dadurch aus Versorgten und Führungsbedürftigen selber zu Teilhabern am Werk, Schöpfern und Gestaltern und statt Mittelpunkte der Fürsorge Träger eines zusammenfassenden Gedankens und Stütze einer auf Generationen gerichteten, vom eigenen Selbst erlösenden Idee. Der Er-

folg zeigt, daß sich diese freien Kolonien hervorragend wie kein anderer Ort zur Aufnahme und Behandlung von Frühentlassenen und als Zwischenstation zwischen Anstalt und Leben in voller Freiheit eignen. Ganz besonders aber erwiesen sie sich günstig für die Behandlung mancher Psychopathieformen, indem sie diese in verteidigende Hut aufnehmen, ihre Arbeitskraft anstrengen und sie dafür von der Sorge um ihr Ich und ihr Fortkommen entlasten, indem sie ihnen die Mühen und Risiken der Anpassung an die Lebensschwierigkeiten in freier Tätigkeit abnehmen. Den chronischen Defektzuständen, die als Dauerinsassen in den Kolonien bleiben, verschaffen sie ein Heim und ein fruchtbares Tätigkeitsfeld und Schutz und Pflege, ohne daß das Odium der dauernden Versorgung an ihnen haften bleibt.

Ueber die Heilwirkungen und die finanziellen Erfolge der freien Kolonien geben einige Tabellen Auskunft.

Literaturverzeichnis

Bleuler: Lehrbuch, 6. Aufl. Monographie, über die Schizophrenie. Die ärztlichen Anzeichen für Frühentlassungen. (Offene Fürsorge in der Psychiatrie und ihren Grenzgebieten).

Klaesi: Vom seelischen Kranksein. Einiges über Schizophreniebehandlung (Ztschr. f. d. gesamte N. und Ps., 1922). Offene Fürsorge und Familienpflege im Kanton Zürich, 1927. (Die offene Fürsorge in der Psychiatrie und ihren Grenzgebieten.) Klinische Vorlesungen.

Simon: Aktivere Krankenbehandlung in der Irrenanstalt.

Steck: L'évolution du prognostique et de la thérapeutique de la schizophrénie. Historique de la clinique psychiatrique de l'université de Lausanne.

Mc Dougall: Aufbaukräfte der Seele.

Nachmansohn: Wesen und Formen des Gewissens.

Roemer: Die offene Fürsorge in der Psychiatrie und ihren Grenzgebieten.

Kolb: Die offene Fürsorge in der Psychiatrie und ihren Grenzgebieten.

Flathauser: Die offene Fürsorge in der Psychiatrie und ihren Grenzgebieten.

Nitsche: Medikam. u. Biologische Behandlungsarten (Handbuch d. Geisteskrankheiten IV. Bd.)